

愛 D 歯科 & 矯正歯科問診表

ふりがな		記入日	平成	年	月	日
氏名		カルテNO.				

* 次のことについてお伺いします。(口にシのチェック、該当するものに○、または文字をお入れ下さい。)

来院された理由	いつから	場所						
<ul style="list-style-type: none"> ・歯が痛い ・歯がしみる ・歯茎が腫れた ・継続 ・その他 () 	<ul style="list-style-type: none"> ・入れ歯の調整 ・入れ歯が壊れた ・詰め物が取れた ・クリーニング (歯石とり他) 	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;">1. 今日から</div> <div style="width: 33%;">2. () 日前から</div> <div style="width: 33%;">3. () か月前から</div> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black;">右上</td> <td style="border: 1px solid black;">前上</td> <td style="border: 1px solid black;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">右下</td> <td style="border: 1px solid black;">前下</td> <td style="border: 1px solid black;">左下</td> </tr> </table>	右上	前上	左上	右下	前下	左下
右上	前上	左上						
右下	前下	左下						

歯を抜いた事は？	1. ない 2. ある
歯を抜いた時の異常は？	1. ない 2. ある {血が止まりにくかった・熱が出た・麻酔が効かなかった・貧血を起こした・何日も痛みが続いた・その他 ()}
血圧は？	1. (上・下) 2. 正常 3. わからない
アレルギーは？ (食物、薬など)	1. ない 2. ある {麻酔薬・抗生物質・ピリン系薬剤・ぜんそく・しっしん・花粉症・食べ物 ()・その他 ()}
今迄にかかった病気は？	1. ない 2. ある {心臓病・肺炎・高血圧・肝炎・肝臓病・糖尿病・脳梗塞・他 ()} 病院名： 医師名：
飲んでいる薬は？	1. ない 2. ある (薬名：) * (お薬手帳をお持ちの方は、一緒にご提出ください。)
女性のための質問	1. 妊娠してません 2. 現在：妊娠 月 (出産予定日：平成 年 月 日)

1. お口のお手入れについて	
<ul style="list-style-type: none"> ・歯みがきをする時は <input type="checkbox"/>起床後 <input type="checkbox"/>朝食後 <input type="checkbox"/>昼食後 <input type="checkbox"/>夕食後 <input type="checkbox"/>就寝前 ・1回の歯みがき時間は？ () 分くらい ・歯ブラシ以外の清掃用品は <input type="checkbox"/>フロス <input type="checkbox"/>歯間ブラシ <input type="checkbox"/>洗口液 <input type="checkbox"/>その他 	
2. 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去あり	
3. 睡眠時間 約 () 時間	
4. 食習慣について	
<ul style="list-style-type: none"> ・習慣的飲料物 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり () ・間食の取り方 <input type="checkbox"/>不規則 <input type="checkbox"/>規則正しい <input type="checkbox"/>あまりしない 	
診療についてのご希望は？	1. 悪いところは全部 2. 来院した理由の所のみ ①すべて保険で ②なるべく保険、きかない所は自費 ③自費で

連絡先	自宅電話：	携帯電話：
-----	-------	-------